Aus der Königl. psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

1912

Über sensorische Aphasie und Geistesstörung bei Arteriosklerose.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Kgl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Heinrich Rogge

aus Neumünster.

KIEL.
Druck von Chr. Donath.
1911.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0173

Aus der Königl. psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Über sensorische Aphasie und Geistesstörung bei Arteriosklerose.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Kgl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Heinrich Rogge

aus Neumünster.

KIEL.
Druck von Chr. Donath.
1911.

No. 12.
Rektoratsjahr 1910/11.

Referent: **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:
Siemerling, z. Zt. Dekan.

Nach der Darstellung, welche Siemerling über Arteriosklerose und Geisteskrankheiten gibt, ist die größte Zahl der Gehirnkrankheiten auf Erkrankungen der Hirngefäße zu beziehen. Unter diesen Erkrankungen steht die Arteriosklerose als die häufigste Gefäßerkrankung überhaupt an erster Stelle. Die Arteriosklerose, deren erste Erscheinungen schon im 40.—50. Jahr auftreten können, ist physiologisch im Senium. „Unter den Ursachen der frühzeitigen Arteriosklerose spielen eine wichtige Rolle die chronischen Vergiftungen durch Alkohol, Blei, Nikotin, Lues, dann Gicht, Diabetes, anderweitige kachektische Zustände. Körperliche und geistige Überanstrengung durch Berufsarbeit, übertriebene sportliche Leistungen, unzweckmäßige Lebensweise, anhaltende, stark wirkende Affekte sind unter Umständen bedeutsam."

Erscheinungen von Seiten des Gehirns beruhen entweder auf Rückwirkungen von Erkrankungen anderer Organe (bes. Nieren und Herz), oder auf Erkrankungen der Hirngefäße selbst.

Es können dabei die einzelnen Gefäßgebiete in völlig ungleicher Weise befallen sein, und oft weisen die Gehirnarterien schon arteriosklerotische Veränderungen auf, ohne daß diese an den andern Gefäßgebieten nachzuweisen wären. Auch die Gefäße des Gehirns sind nicht gleichmäßig betroffen. Die Erkrankung sitzt vielmehr mit Vorliebe an den kleinen und kleinsten Gefäßen und kann hier entweder das Bild von zirkumskripten Herderscheinungen (z. B. sensorische Aphasie) oder auch von progredienten Psychosen auslösen. Gerade diese herdweisen Erkrankungen bilden das Hauptcharakteristikum der Arteriosklerose gegenüber den mehr diffusen Veränderungen der dementia senilis.

Da die Hirngefäße selbst der Palpation unzugänglich sind und andrerseits ein Rückschluß von dem Zustand andrer Gefäßgebiete auf das des Gehirns nicht ohne weiteres gemacht werden darf, so ist die sichere Diagnose der cerebralen Arteriosklerose

sehr schwer. Dazu kommt, daß die Erkrankung oft lange ohne jede nervösen oder psychischen Erscheinungen verlaufen kann und erst durch eine Gelegenheitsursache (Apoplexie etc.) offenbar wird. Verschiedene Autoren haben versucht, ein bestimmtes Symptomenbild herzustellen, so Weiß (krampfartige Schmerzen in der Gegend des processus mastoideus und Wadenkrämpfe), Loewy (Steigerung des vorher normalen Temporaldruckes durch Vorneigen des Kopfes) und Windscheid (geistige Sterilität, Kopfschmerz, Schwindel und Gedächtnisschwäche bei sonst nachweisbarer Arteriosklerose).

Bedingt durch die arteriosklerotischen Ernährungsstörungen kann im Verlauf der Erkrankung eine dementsprechend progrediente Geistesstörung sich ausbilden. Der Beginn derselben gleicht oft ganz dem Bilde der Neurasthenie (Kopfschmerz, Schwindel, schlechter Schlaf, Depressionen, zuweilen Zwangsvorstellungen, überhaupt ein lebhaftes Krankheitsgefühl). Diese Symptome können sich steigern zu einer ausgeprägten Geistesstörung — die, wie erwähnt, auch ohne Prodromalerscheinungen plötzlich nach irgend einem Insult einsetzen kann — mit schweren Depressions- und Verwirrtheitszuständen, die oft dem Bilde eines delirium tremens sehr nahe kommen.

Diese Zustände halten meist nur wenige Tage an. Überhaupt ist der schnelle Wechsel in der Intensität der Erscheinungen charakteristisch. Auch größere Remissionen kommen vor. Während derselben zeigt der Kranke oft ein hohes Maß von Klarheit und Einsicht.

Auch sonst ist die Krankheitseinsicht lange erhalten.

Die Erkrankung kann sich auf diese Weise sehr lange hinziehen (10—15 Jahre). In ihrem Verlauf können dann noch anderweitige arteriosklerotische Erscheinungen auftreten, wie Facialis-, Hypoglossusparesen, Lähmungen an Rumpf und Extremitäten, aphatische Störungen und apoplektiforme Anfälle.

Bei der Differentialdiagnose kommt die progressive Paralyse und die dementia senilis in Betracht. Abgesehen von dem Fehlen paralytischer Symptome, von der lange erhaltenen Krankheitseinsicht, dem eigentümlichen Verlauf, kommt ev. die Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit in Betracht, die bei Paralyse vermehrt zu sein pflegt.

Pathologisch-anatomisch findet man ausgehend von den erkrankten geschlängelten Gefäßen eine herdförmig auftretende Erkrankung im Mark und in der Rinde. Besonders an den Stammganglien und in der inneren Kapsel zeigt die Hirnsubstanz Degenerationserscheinungen umgeben von Wucherungen des Gliagewebes. Das Gehirngewicht ist dabei verringert.

Therapie: Abgesehen von prophylaktischer Fernhaltung oder wenigstens Einschränkung der oben erwähnten Schädlichkeiten beginnt man möglichst früh mit der Darreichung von Jodpräparaten (0,25—4 g J. Na od. J. K. pro die längere Zeit mit 2—3 wöchentlichen Pausen) oder Sajodin. Lévy empfiehlt die Anwendung von schwefelsaurer Soda, Na Cl, Natriumkarbonat, Kalisulfat als anorganisches Serum.

Außer dieser Wirkung der Arteriosklerose auf das Gehirn, kann sie die Ursache für zahlreiche Herderkrankungen abgeben, so auch für die sensorische Aphasie. Unter sensorischer Aphasie oder Worttaubheit versteht man eine eigenartige Erkrankung gewisser Perzeptionsapparate, bei der der Kranke hört, ohne das Gesprochene zu verstehen, ohne den Sinn desselben zu erfassen. Es ist ihm, als ob er eine fremde Sprache höre, die er nicht kennt, oder von der ihm nur einzelne Worte bekannt sind.

Die Krankheit beruht auf dem Verlust der Erinnerungsbilder für die Wortklänge, der Wortklangbilder. Jedes in unser Ohr dringende Wort hinterläßt ein derartiges Klangbild im Gehirn. Die Summe aller dieser Klangbilder bildet das Klangbildzentrum, das bei der Sprache, beim Lesen und Schreiben mehr oder weniger in Funktion tritt.

Diese Funktionen verstehen sich am besten aus der Entwicklung der Sprache, des Lesens und des Schreibens.

1. Sprache: Zunächst bildet sich beim Kind das Wortverständnis, und zwar dadurch, daß das allmählich durch Ablagerung von Wortklangerinnerungsbildern ausgebildete sensorische Sprachzentrum (nach Wernicke in der ersten Windung des linken Schläfenlappens) mit den Erinnerungsbildern auf dem Gebiet der andern Sinne verknüpft wird und das Ganze dem Kinde den Begriff des Gegenstandes schafft. Erst dann beginnt das Kind zu sprechen, d. h. es sammelt durch Üben unter steter Kontrolle des sensorischen Sprachzentrums die für die einzelnen Worte nötigen Bewegungsvorstellungen oder Sprachbilder im motorischen

Sprachzentrum. (Nach Broka [1861] im hinteren Bezirk der 3. linken Stirnwindung.)

2. Lesen: Es prägen sich dem Kinde zunächst die optischen Wortbilder oder Schriftbilder ein. Diese werden dann mit Hilfe des motorischen und sensorischen Sprachzentrums dem Kinde als Begriffe geläufig: Das Kind spricht laut beim Lesen (motorisches Sprachzentrum), doch auch hier wieder unter Kontrolle seines sensorischen Sprachzentrums.

3. Schreiben: Zuletzt erlernt es das Schreiben, und zwar so, daß die durch Übung erworbenen Schreibbewegungsvorstellungen in dem motorischen Rindenzentrum der Hand abgelagert und ihrerseits wiederum mit den andern Zentren in Verbindung treten. Das Kind kontrolliert seine Schrift durch lautes Lesen beim Schreiben. Dieses wird in letzter Linie wiederum durch sein sensorisches Sprachzentrum kontrolliert.

Die Abhängigkeit der Schriftsprache von der akustischen beruht also auf der Art des Erlernens und kann bei Leuten, die viel lesen und schreiben allmählich verschwinden.

Bei einer Veränderung des sensorischen Sprachzentrums müssen sich also Symptome auf diesen Gebieten geltend machen.

1. Sprache: Der Kranke ist im Stande zu reden. Er kann sogar im unkomplizierten Krankheitsfall seinen Ideen Ausdruck verleihen, obgleich bei genauer Prüfung auch die Wortproduktion beeinträchtigt zu sein pflegt. Sobald nämlich der Kranke in die Lage kommt, die Klangbilder zu gebrauchen, sucht er zum B. einen Ausdruck für seine Gedanken (wozu er das Klangbildzentrum in Anspruch nehmen muß), so macht sich die Unfähigkeit, die Klangbilder in sich erklingen zu lassen, geltend: Er tastet umher, und da die Kontrolle des sensorischen Spr.-Zentrums versagt, bringt sein motorisches Spr.-Zt. ein falsches, gleichlautendes oder sinnverwandtes hervor. Wir haben das Bild der sog. verbalen Paraphasie (im Gegensatz zur litteralen der motor. Aphasie).

Besonders zeigt sich dies bei der Unterhaltung, wo die von außen in sein erkranktes Klangbildzentrum hineindringenden Worte die Funktion desselben, im letzten Sinne also die Sprache noch mehr verwirren. Beim mechanischen Sprechen, das bei den meisten Menschen wenig oder garnicht abhängig vom Klangbildzentrum ist, tritt die Störung naturgemäß mehr oder weniger zurück.

In manchen Fällen bringen die an sensorischer Aphasie Leidenden überhaupt nur ein Kauderwelsch hervor. Dabei kann geradezu ein Rededrang vorhanden sein (Logorrhoe).

Nach Oppenheim erklärt diese sich aus einer nicht nur lähmenden, sondern auch reizenden Wirkung des lädierten Klangbildzentrums, nach Pick und Touche aus dem Ausfall eines hemmenden Einflusses des sensorischen auf das motorische Spr.-Ztr.

Eine isolierte Unfähigkeit, Klangbilder in sich zu wecken, wobei also keine Störung der Wortperzeption besteht, bezeichnet man als amnestische Aphasie.

Außer den erwähnten Störungen in der Wortproduktion kann eine voll ausgebildete motorische Aphasie die sensorische begleiten.

2. Lesen: Die Störung auf diesem Gebiet wird bezeichnet als Alexie (Wortblindheit) bezw. Paralexie. Die Erinnerungsbilder für die Schriftzeichen sind wahrscheinlich in beiden Sehsphären deponiert. Um sie zum Lesen zu verwerten, d. h. um mit ihrer Hilfe das Gelesene zu perzipieren und zu verarbeiten, müssen die meisten Menschen zunächst die entsprechenden Wortklänge in sich erklingen lassen, sowie z. B. ein Musiker, der Noten liest, erst die Notenklangbilder in sich erklingen lassen muß, um eine Melodie zu erkennen und laut werden zu lassen. Eine Schädigung des Klangbildzentrums wird also auch das Lesen beeinträchtigen.

Bei den Personen, die gewohnt sind, sprechend zu lesen, kann auch eine Läsion des motorischen Sprachzentrums eine gewisse Alexie bedingen.

3. Schreiben: Ferner muß nach dem oben Gesagten eine Störung in der Schrift vorhanden sein können. In der Tat sieht man im Gefolge der sensorischen Aphasie oft das Bild der Agraphie bezw. Paragraphie.

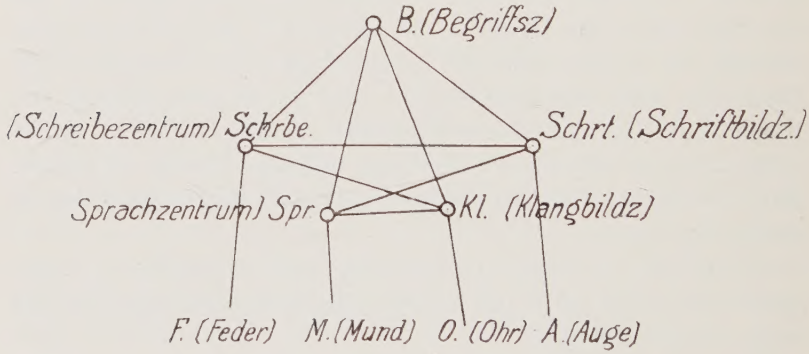
Es läßt sich so deuten, daß das Schriftbild und damit weiterhin der Impuls zur Schreibbewegung bei den meisten Menschen auch im späteren Leben unter Mitwirkung des Klangbildes zustande kommt.

Das Klangbildzentrum ist gewissermaßen das allein selbstständig entstandene, die andern Zentren sind unter seiner Aufsicht ausgebildet und gewohnt, unter dieser Aufsicht zu arbeiten

auf Kosten ihrer eignen Selbständigkeit. Sind sie gezwungen anders zu arbeiten, so geht es drunter und drüber.

Entsprechend der Arteriosklerose als häufige Ursache der Erkrankung ist die sensorische Aphasie sehr oft durch anderweitige arteriosklerotische Erkrankungen kompliziert. Es ist einleuchtend, daß alle diese Symptome außerordentlich verwirrend auf den Kranken selbst einwirken müssen und besonders bei einem schon labilen Geisteszustand leicht den Grund zu einer Seelenstörung legen können.

Zum besseren Verständnis der Symptome und der Pathologischen Anatomie bedient man sich des bekannten, für die meisten Fälle aber nicht ausreichenden Schemas, wobei man unterscheiden kann zwischen kortikalen Läsionen (Sitz im Zentrum selbst), subkortikalen (Störungen der Projektionsbahnen von und zu den Zentren) und transkortikalen (Störungen in den Associationsbahnen mit dem Begriffszentrum)



→ → →

Spontan Sprechen = B. Spr. M.
Nachsprechen = O. Kl. Spr. M.
Laut Lesen = A. Schrt. Spr. M.
Spontan Schreiben = B. Schrbn. F.
Diktatschreiben = O. Kl. Schrbn. F.
Abschreiben = A. Schrt. Schrbn. F.
Sprachverständnis = O. Kl. B.
Schriftverständnis = A. Schrt. B.

Im einzelnen lassen sich mit Berücksichtigung der Verbindungsbahnen des sensorischen Sprachzentrums folgende Hauptregeln aufstellen (nach Oppenheim), die jedoch für zahlreiche Fälle nicht ausreichen:

1) Kortikale sensorische Aphasie.

Willkürliche Sprache erhalten, aber verbale Paraphasie.
Kopieren erhalten.

Nachsprechen
Lautlesen
Willkürl. Schreiben
Diktatschreiben
Sprachverständnis
Schrift „
} aufgehoben.

2) Subkortikale sens. Aph.

Willkürliche Sprache
„ Schrift
Kopieren
Schriftverständnis
} erhalten.

Sprachverständnis
Nachsprechen
Diktatschreiben
} aufgehoben.

3) Transkortikale sens. Aph.

Sprachverständnis
Schriftverständnis
} aufgehoben oder beeinträchtigt.

Willkürliche Sprache erhalten aber Paraphasie.

Nachsprechen
Laut Lesen
Kopieren
Diktatschreiben
} erhalten aber ohne Verständnis.

Willkürliches Schreiben erhalten aber Paragraphie.

Weil zahlreiche Aphasieformen sich wie gesagt diesem Schema und seiner Grundidee nicht anpassen lassen, wird neuerdings die ganze Lehre von der Aphasie einer scharfen Kritik unterzogen. Besonders der französische Gelehrte Marie bestreitet die Existenz und damit die ganze Lehre von den Sprachzentren. Seine Auffassungen haben jedoch noch wenig Anklang gefunden.

Die Ursachen der sensorischen Aphasie, wie die der Aphasien überhaupt sind:

1. funktionelle: z. B. heftige psychische Erregungen (Schreckaphasie), Erschöpfungszustände etc. Ferner vielleicht auf Grund einer Intoxikation Infektionskrankheiten (Typhus und Pneumonie, Scharlach, Urämie).

2) Meist ist die Ursache der Aphasie organischer Natur und beruht auf Erkrankung der Sprachzentren selbst oder der unmittelbar unter der Rinde gelegenen Marksubstanz. Entweder ist diese bedingt durch ein Trauma, durch Geschwülste (bes. auf syphilitischer Basis), durch encephalitische oder meningitische Prozesse, durch Abcesse und besonders durch Blutungen und noch häufiger Erweichungen. Diese entstehen durch eine Erkrankung der Arteria fossae Sylvii. Abgesehen von der Embolie und Trombose ist die häufigste Erkrankung derselben, wie überhaupt des ganzen Gefäßapparates, die Arteriosklerose.

Die Prognose richtet sich nach der Heilbarkeit des Grundleidens und ist somit am schlechtesten bei inoperablen Tumoren und größeren Erweichungs- oder Blutungsherden.

Die Therapie hat ebenfalls zunächst das Grundleiden zu berücksichtigen: Entfernung von Tumoren, antiluetische Kuren etc. Ist das Grundleiden nicht oder wenig zu bekämpfen, z. B. Arteriosklerose, so erreicht man häufig noch Besserung durch methodisch durchgeführten Sprach- und Schreibunterricht. Je älter der Pat. und je weniger intelligent, um so mehr Geduld verlangt natürlich diese Therapie.

A. B., Schuster, 59 Jahre alt.

Wurde am 22. VI. 09 in die hiesige Klinik eingeliefert.

Die Anamnese, von der Schwiegertochter und Nichte erhoben (am 23. VI.), besagt folgendes: Von Heredität nichts bekannt. Vor 3 Tagen abends ist Pat. noch bis 3 h morgens in der Familie seines Sohnes gewesen, soll hier vernünftig wie immer gewesen sein. Früher wurde nie etwas von einer geistigen Störung bemerkt. Am Montag Morgen (21. VI.) war er etwas unwohl und blieb im Bett liegen, was Ref. schon auffiel. War aufgeregt, führte wirre Redensarten und war unverständlich. Klagte über Brust- und Kopfschmerzen. Keine Lähmung.

Hielt ein Handtuch für seine Jacke und wollte es anziehen. Wollte den Schlüssel ganz unten an der Tür aufhängen und aus dem Nachtgeschirr trinken. Der hinzugezogene Arzt habe diesen Zustand für Alkoholvergiftung gehalten. Nachmittags wollte er an seinem Schustertisch arbeiten, machte aber lauter verkehrte Sachen. Steckt z. B. einen Stiefel statt eines Leistens in einen andern

Stiefel. Sprache schwer verständlich, Schrift absolut unleserlich. Er blieb dann im Bett und redete immer wieder vor sich hin. Augenblicke zwischendurch habe er seinen Verstand wieder gehabt und wollte nach der Nervenklinik.

Am 22. VI. nachmittags sei er sehr erregt geworden, weil man ihm sein Handwerkszeug nicht geben wollte. Es schien, als wollte er gewalttätig werden, ballte die Hände und drohte.

Pat. war nicht schwerhörig, konnte auch immer gut sehen. Keine Sinnestäuschungen. Nicht ängstlich gewesen, keine Wahnideen. Hat nie über Kopfschmerzen und Schwindel geklagt. Keine Krämpfe. Hat fleißig gearbeitet. Habe täglich 1 Seltersflasche Schnaps getrunken. Alkohol gut vertragen. Hat keinen Streit angefangen. Ist sonst stets gesund gewesen. Habe nie eine eigentliche Krankheit gehabt. War nicht Soldat. Weswegen nicht, unbekannt.

Bei der Aufnahme (22. VI. 09) steht Pat. ratlos im Aufnahmezimmer, antwortet nicht auf Befragen seinen Namen, benennt Gegenstände nicht, lacht vergnügt, läßt sich nicht wiegen.

Status: Mittlerer Knochenbau, mäßige Muskulatur und Ernährung. Mehrere kleine Narben. Scheitel kahl, Temporalis geschlängelt, sehr rigide. Schädel anscheinend nicht druckempfindlich. Augen: Arcus senilis. Pupillen mittelweit, verzogen, gleich. R/L + R/C nicht zu prüfen. Augenbewegungen frei.

Mundbesichtigung nicht zugelassen.

Reflexe der oberen Extremitäten lebhaft.

Mechanische Muskelerregbarkeit leicht erhöht.

Vasomotorische Nachrötung mäßig.

Abdomen- und Kremasterreflex schwach.

Zehen schwach plantarwärts. Gang langsam mit kurzen, breiten, schlürfenden Schritten.

Romberg angedeutet. Pinselberührung nicht beachtet.

Ein vorgezeigter Federhalter wird garnicht beachtet. Ein Bleistift ebensowenig: „Ich weiß, ich kann oben doch garnicht — ist doch wahr!" Nach dem Namen gefragt, antwortet er: „Kann nicht mehr, nicht mehr." Augen zu! — Macht den Mund auf. Auf wiederholte Aufforderung ebenfalls. Streichholz vorgezeigt: „Ich bin doch herausgegangen am ersten Tag, da habe ich nichts gehabt." Geldstücke beachtet er garnicht. Licht fixiert er einen Augenblick, sieht dann verständnislos vorbei: „Ja, gewiß, nicht wahr, — schön!" Bei der Bemerkung des Arztes, die Pinselberührung scheine ihm zu gefallen, sagt er: „Jawohl, — ja!" Laut ins Ohr gefragt: Wie geht's: „Ja, gewiß, jawohl." Gähnt.

Stimmgabel auf den Kopf gesetzt: Gähnt.

Stimmgabel dicht ans Ohr: „Nee, kann nicht, kann nicht!" Sprayflasche auf den Kopf gesetzt macht keinen Eindruck: „Kann ich nu, nicht wahr, nicht wahr."

Sucht die Tür erst nach der falschen Richtung, findet sie aber schließlich. Lief in schnellem Schritt durch den Saal auf ein Kastenbett zu, sagt: „Nee!", bleibt erstaunt stehn. Als ihm ein freies Bett gezeigt wird, geht er darauf zu, streicht das Kissen glatt und springt dann mit einem ungeschickten Satz hinein, sodaß er fast das Gleichgewicht verliert. Hingelegt zieht er die Decke befriedigt über die Ohren und sagt: „Schön."

23. VI.

Name? —

Wie heißen Sie? „Jawohl, ja, ist besser."

Vorgezeigte Gegenstände benennt er:

Schlüssel „kühl."

Brief — „Muß ich Kugel haben" (auf die Augen zeigend).

Uhr — „Kugel — Ugel — ungefähr, nicht wahr? Kann ich nicht finden. Nicht wahr?"

Nagel — „Das ist, ja, nicht wahr — das ist (sucht augenscheinlich nach dem Wort) — Sagen Sie 'mal, dann weiß ich es auch."

Stiefel — „Töffel."

Was sind Sie? „Ich bin Schuhmacher, ja, das bin ich."

Wie heißen Sie? „Ja."

Soll lesen: illustrierte Zeitung: „Zeitung." Aufgefordert das Wort „illustrierte" zu lesen, bedeutet er durch Mimik, er könne nicht gut sehen.

Schreiben: Schreibt seinen Namen und spricht ihn dann zum ersten Mal richtig aus.

Streichholzschachtel vorgehalten: „Das ist Streichholz." Aufgefordert zündet er es an und bläst es darauf aus.

29. VI.

Wie geschlafen? „Gut, bis heute morgen um 6 Uhr."

Was gestern gegessen? „Ja nicht wahr —"

Auf wiederholte Frage: „Ja was es nun grade gibt abends."

Was hat's gegeben? „Ja — (auf Zureden) — Kartoffel — und —

Schlüssel vorgezeigt: „Ja, ich kenne es, aber wenn ich es sagen will, weiß ich es immer nicht."

Was macht man damit? Anfangs Frage nicht aufgefaßt. Dann nach vorgemachter Bewegung: „Ja, Tür schließen."

Bleistift vorgezeigt: „Schließen, nicht?" — dann auf Zureden: „Zum Schreiben."

Uhr — „Kartoffel."

Geld, 5 ℳ-Stück: „Drei, nein, Fünf — Fünfstück. —"

Auf Zureden: „Fünfmarkstück." Auch alle übrigen Münzen erkannt.

5+2+1 Pf. gezeigt: „7." Dann zählend: „2+1 — 3, — — 8."

Datum? „27. oder 28. Juni.

Wo hier, was für ein Haus? Fragen nicht aufgefaßt.

Dann: „— Na! Wie nennt man das? — Ein Wiker, nicht wahr?"

Aufforderungen:

Zunge zeigen! — Geschieht.

Augen schließen! — „Augen, nicht wahr?" Reißt die Augen weit auf, nimmt die Finger zu Hilfe. Macht es erst richtig, als es mehrmals vorgemacht ist.

Handbürsten! (Mit einer Handbürste) — Bürstet sich die Haare.

Knopf am Hemd aufmachen! — Ballt beide Fäuste.

Auf den Tisch klopfen! — Hält beide Hände ausgestreckt.

Hände falten! — „Kann ich nicht verstehn. — Hände?" Hält die Hände ausgestreckt.

Nachahmen von Bewegungen:

3 × mit den Fingern auf den Tisch klopfen: Geschieht.

3 × mit der rechten,
2 × mit der linken Hand auf den Tisch klopfen: } Klopft beide Male 3 mal.

Bürste vorgezeigt: Zeigt die Finger, antwortet nicht.

Bleistift „ : Nickt.

Schlüssel — „Ja, das ist ja diese — Kuhloch? — diese —"

Buch — „Notis."

Federhalter — „Schreiftieften, Schreibnadel."

Streichholzschachtel — „Augenblick schreiben." Nimmt die Streichhölzer, zündet eins an, bläst es aus.

Nadel — Wenn ich immer so bin, kann ich darauf kommen, wenn ich los bin, habe ich es wieder verloren.

? — „Nadel!"

Elektrische Lampe — „Gewiß, das sehe ich ja —, kann nicht darauf kommen." — Nadel noch? — Nee.

Lesen:

Text.	Er liest:
Beschreibungen und Gleichnisse.	„Beschreiben und Gleichnisse.
Ich bin in der Schule. In der Schule sind noch Kinder. In der Schule stehen Bänke. Auf den Bänken sitzen Schulkinder. Vor den Bänken stehen Tische. Auf die Tische legen die Schulkinder ihre Bücher und Tafeln. Vor den Schulbänken ist der Sitz für den Lehrer. Nicht weit davon befindet sich die Schultafel. Die Schultafel ist viereckig und aus Holz gemacht. Die Schultafel ist schwarz angestrichen.	Ich bin in der Schule. — Auf der Bank sitzende Schulkinder. — Vor den Bänken Tische. Auf den Tisch legen die Schulkinder ihre Bücher und ihre — dasselbe. — Ihr den Schulbänken ist der Sitz für den Lehrer. Nicht weit davon befind sich die Schultafel. Die Schultoffel ist und von Holz gemacht. Die Schultafel ist zu schwarz angestrichen."

Schreiben: Soll dasselbe Stück abschreiben: „Mein lieber Mann, Ich kann es nicht. Wenn ich das hätte (meint die Brille). Ich kann es nicht mit bestem Willen."

Schreibt es nicht.

Nach Diktat schreiben:

Diktat:	Er schreibt:
Die Schule.	Schule:
Ich bin in der Schule.	Ich hass schulen.
In der Schule sind viele Kinder.	In der Schule wieder Schule.
In der Schule stehen Bänke.	Wenn der Schule schen denn.
Vor den Bänken stehen Tische.	Von denn stehen Digem.
Nicht weit davon ist die Schultafel.	Nicht weit weit von wiert wie Schuld — Schuld —.

Pat. wiederholt dabei erst immer die vorgesprochenen Sätze falsch und schreibt sie dann ebenso falsch auf.

Name und Geburtsort richtig geschrieben.

Bilder vorgezeigt:
Löwe — wird erkannt.
Pumpe — „Tamölen."
Bär — erkannt.
Kugel — „Kamöl."
1. VII. Klinische Vorstellung:
Name? — „A. B."
Wie alt? — „A. B."
Wissen Sie, wo Sie hier sind? — „A. B.'
Wie alt? — „A. B."
Zunge zeigen! — „Das wußt ich ja selbst nicht."
Nase zeigen! — „Ja, mit an der Röwer."
Stirn „ — „Röwer nicht wahr?"
Nase angefaßt: Was ist das? — „Das — der Röwer — Röwer."
Zunge gezeigt: — Zeigt seine auf entsprechende Mimik.
Auge gezeigt: Was ist das? — „Engel."
Schere gezeigt: — „Röwe."
Pinsel: — „Pasel, nicht wahr?"
Zündhölzer: — „Schneiden, nicht wahr? — Ja ich kanns Ihnen zeigen." Zündet eins an.
10 Pf.-Stück: — „$^1/_2$ Groschen, — nee — nee n'Ganzer."
Kreide: „Schreiben."
Bilder gezeigt:
Hund: — „Kanarien, nicht wahr?"
Hut: — Zeigt auf den Kopf.
Helm: — Zeigt auf den Kopf: „Vogel, nein kein Vogel."
Stiefel: — „Vogel."
Gefäße sehr verhärtet.
5. VII.
Bei der Begrüßung ruft Pat. immer mehrfach: moin, moin, moin! Die Stimmung wechselt. Hier ist er leicht gedrückt und fürchtet, er werde nicht besser. Meist erwidert er jedoch auf Befragen: „Gut, gut — ja." „Das sehen Sie mir doch an."
Tag? — „Montag."
Monat? — „Es gibt doch nur einen Montag."
Ebenso antwortet er auf die wiederholte Frage.
8. VII. Augenuntersuchung (Dr. Schuhmacher).
Pupille rechts Spur < links. R/L +.
Papillen frei.
10. VII. Zeitweise gedrückter Stimmung. Meint, daß es garnicht besser werde. Es sei am besten, wenn es aus sei mit ihm. Schläft nachts im Wachsaal. Aphasie ziemlich unverändert.
12. VII. Von den Angehörigen abgeholt. Gebessert entlassen.

Im Beginn der Erkrankung sehen wir den Pat. in einem Zustand der Verwirrtheit. Er ist sehr aufgeregt, redet wirr, verkennt seine Umgebung, weiß nicht mehr mit Dingen, die ihm

sonst geläufig sind (wie Toilettegegenstände, Handwerkszeug) umzugehen, scheint sogar gewalttätig werden zu wollen. In der Klinik ist er bei der Aufnahme euphorisch, völlig unorientiert: Also ganz das Bild des oben beschriebenen Verwirrtheitszustandes, das sich dem Krankheitsbild des delirium tremens nähert.

Solche Zustände werden öfter von aphatischen Störungen begleitet, die aber meist mit den Anfällen auch wieder zurückgehen. Hier bleibt jedoch die Aphasie bestehen, wahrscheinlich ist sie sogar das primäre, und wir nehmen demnach an, daß ein plötzliches apoplektiformes Auftreten der sensorischen Aphasie das auslösende Moment für das Offenbarwerden der bestehenden Hirnarteriosklerose auf psychischem Gebiet, d. h. für die Geistesstörung gegeben hat. Gleichzeitig unterstützt sie diese, da ja der Kranke durch sie gleichsam in eine ihm unverständliche Welt versetzt wird.

Auch in diesem Fall dauert also der Verwirrtheitszustand nur wenige Tage. Dagegen bleibt die Aphasie und in der nächsten Zeit bildet sich mehr und mehr das Bild der arteriosklerotischen Neurasthenie aus. Der Pat. ist bei der Unterhaltung leicht aufgeregt und ermüdet. Die Stimmung wechselt —, da er seine Krankheit und das geringe Fortschreiten der Besserung erkennt, ist sie zuletzt meist deprimiert.

Differentialdiagnostisch wäre in Bezug auf die anfangs vorhandene Geistesstörung das delirium tremens zu berücksichtigen, da Pat. Potator ist. Die Bilder ähneln sich in der Tat so, daß kaum stärkere Unterscheidungsmerkmale vorhanden sind, die in diesem Fall durch die Sprachstörungen noch mehr verwischt werden. Es scheinen hier die Hallucinationen zu fehlen. Die Unorientiertheit, Schlaflosigkeit sind kaum so hochgradig, wie sie beim delirium zu sein pflegen. Der terminale Schlaf ist nicht typisch vorhanden. Außerdem hat Pat früher den Alkohol immer gut vertragen können: Das alles spricht mehr für eine indirekte Wirkung des Alkohols auf dem Umwege der Arteriosklerose.

Von der progressiven Paralyse, bei der apoplektiforme Anfälle mit Aphasie nicht selten sind, ist die Erkrankung unterschieden durch das Fehlen der für jene charakteristischen Symptome. Eine Abnahme der Intelligenz ist nicht ersichtlich. Ebenso fehlt die eigentümliche Artikulationsstörung, die reflektorische

Pupillenstarre. Die minimale Ungleichheit der Pupillen ist nicht differentialdiagnostisch zu verwerten.

Das Fehlen einer ausgesprochenen allgemeinen geistigen Schwäche, das schnelle Vorübergehen der Geistesstörung unterscheidet diese auch von der dementia senilis, ebenso von der dementia postapoplectica.

Im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen jedoch die Sprachstörungen.

Wir sehen zunächst ein stark beeinträchtigtes Sprachverständnis. In den ersten Tagen ist es so hochgradig, daß eine Verständigung fast ausgeschlossen ist. Dann bessert es sich. Immerhin vermag er auch später nur einzelne Fragen, deren Beantwortung ihm geläufig ist, richtig zu beantworten, (z. B. die Frage nach Beruf, Namen etc.). Aus komplizierten Sätzen kann er höchstens einige Worte aus dem Zusammenhang heraus aufnehmen und verarbeiten, sowie er z. B. auf die Aufforderung, die Hände zu falten, das Wort „Hände" versteht, die verlangte Bewegung dagegen nicht.

In der Sprache selbst tritt ebenfalls eine deutliche Störung hervor. Da die Kontrolle des Sprachbildzentrums fehlt, spricht er falsch nach, sucht vergeblich nach einem Ausdruck für einen ihm bekannten Gegenstand oder bringt falsche oder ähnlich klingende Worte hervor, die bei den nächsten Antworten immer wiederkehren. Besonders zeigt sich diese Paraphasie und das Haften an einem glücklich gefundenen Wort bei der klinischen Vorstellung, erklärt durch die Erregung, die damit für ihn verbunden ist. Dabei erhält er mit Hilfe der andern intakten Sinne meist einen richtigen Begriff von dem vorgezeigten Gegenstand; denn er weiß ihn zu gebrauchen (Streichholz, Hut).

Auch die Gebärdensprache scheint er aufzufassen und selbst gebrauchen zu können.

Das willkürliche (er schrieb nur einmal seinen Namen richtig) und das Nachschreiben sind nicht zu prüfen. Nach Diktat richtig zu schreiben ist er jedenfalls nicht im Stande. Pat. wiederholt zunächst die vorgesprochenen Sätze falsch und schreibt sie dann ebenso falsch nieder, ein Zeichen, daß das Schreibezentrum selbst intakt sein muß.

Fassen wir die Störungen zusammen, so ergibt sich:

Willkürliches Sprechen erhalten, aber Paraphasie.

Nachsprechen, laut Lesen, willkürliches Schreiben, Diktatschreiben, Sprach- und Schriftverständnis mehr oder weniger beeinträchtigt. Demnach würde es sich am ehesten um eine kortikale sensorische Aphasie handeln.

Ätiologie: Begünstigt durch chronischen Alkoholismus hat sich eine deutliche Arteriosklerose entwickelt. Die Temporalis ist stark geschlängelt und auch sonst sind die Gefäße sehr verhärtet. Wir haben also, hauptsächlich auch nach der Entstehungsweise und dem Verlauf der Erkrankung Grund, anzunehmen, daß eine Arteriosklerose im Gebiet der Arteria fassae Sylvii besteht. Wegen des plötzlichen Auftretens ist anzunehmen, daß eine Blutung aus einem Miliaraneurysma, wie es sich an sklerotisch erkrankten Hirnarterien oft findet, den Anfall bedingt hat. Bei einer Thrombose setzen die Erscheinungen meist allmählicher ein und für eine Embolie fehlt jeder Anhaltspunkt. Das auslösende Moment für diese Blutung besteht in einer körperlichen Überanstrengung, wahrscheinlich unterstützt durch übermäßigen Alkoholgenuß.

Den Sitz der Erkrankung suchen wir im Gebiet der linken Arteria fossae Sylvii und zwar im sensorischen Sprachzentrum, d. h. also: eine Blutung in der ersten Windung des linken Schläfenlappens.

Die Prognose verspricht bei der bestehenden starken Arteriosklerose, dem Alter des Pat. und dem geringen bisherigen Rückgang der Aphasie nur wenig Besserung. Jedoch kann der Zustand lange stationär bleiben.

Therapie: Abgesehen von einer allgemeinen Therapie (Schlaf etc.) wurde das Grundleiden zu bekämpfen gesucht durch 3 × tgl. 1 Eßlöffel J. Na. Später kämen ev. bei viel Geduld Sprach- und Schreibübungen in Betracht.

Fassen wir das ganze Krankheitsbild noch einmal kurz zusammen, so haben wir zunächst bedingt durch Arteriosklerose und chronischen Alkoholismus einen apoplektischen Insult, der eine sensorische Aphasie zur Folge hat. Sekundär entsteht durch diesen Insult, unterstützt von der Aphasie ein Anfall arteriosklerotischer Geistesstörung, der bald vorübergeht, sodaß nur das Bild der sensorischen Aphasie bleibt. Hierzu gesellt sich später der Beginn einer arteriosklerotischen Neurasthenie.

Das Zusammenfallen von Aphasie und Seelenstörungen überhaupt ist vom größten Interesse, weil gerade die Fälle, wo greifbare Herderscheinungen vorliegen, uns am ehesten über die nur wenig bekannte pathologische Anatomie der allgemeinen Psychosen Aufklärung geben können.

Hierbei kann man zweckmäßig 3 Entstehungsarten unterscheiden: 1) Aphasie und Psychose bilden nebeneinander Symptome einer einzigen Grundkrankheit, 2) Die Geisteskrankheit ist die primäre, aus ihr geht die Aphasie hervor, und 3) Die Psychose ist eine Folge der zuerst vorhandenen Aphasie.

In unserm Fall haben wir demnach eine Kombination von 1. und 3. Gruppe.

Da naturgemäß die Beziehungen der Psychose zur Aphasie bei Fällen der ersten Gruppe am unklarsten sein müssen, — ein rein zufälliges Zusammentreffen läßt sich ja nie ausschließen, ein kausaler Zusammenhang der einen Erkrankung von der andern ebensowenig beweisen —, so sind die Gruppen 2 und 3 für Schlußfolgerungen besser geeignet.

Wenn auch der Fall B. nur zum Teil hierher gehört (die Aphasie unterstützt ja nur die Psychose), so sei hier doch ein Fall (Albrecht 1904) aus Gruppe 3 zum Vergleich und zum Unterschied angeführt, zugleich auch als Beitrag für das von der sensorischen Aph. Gesagte:

Ein Trinker mit Mitralinsuffizienz wird durch einen apoplektischen Insult aphatisch. Die Aphasie ist zur Hauptsache eine sensorische. Der Kranke spricht spontan selten, die provozierte Spontansprache ist hochgradig paraphatisch. Ebenso sein auch ohne Aufforderung erfolgendes Nachsprechen. Spontan von ihm Geschriebenes besteht aus sinnlos nebeneinandergesetzten, unverbundenen Buchstaben. Beim Nachschreiben und Nachzeichnen macht er zahlreiche Fehler. Diktatschreiben und Lesen ist völlig falsch. Beim Bezeichnen vorgehaltener Gegenstände bildet er unverständliche Sätze, wobei er teilweise ihre Verwendung erkennt (z. B. Zündhölzer). Fehlende sprachliche Ausdrücke ersetzt er nur selten durch entsprechende Gebärden, während er imstande ist, einfache Gebärden aufzufassen.

Dabei ist seine Stimmung in der ersten Zeit apathisch, ruhig und zurückhaltend und bot keine besonderen Erscheinungen. Wurde er angesprochen, so antwortete er mit einem paraphа-

tischen Redeschwall, brach jedoch unlustig und ärgerlich ab, sobald er merkte, daß er sich nicht verständigen konnte.

Erst nach 3 Monaten traten deutliche Geistesstörungen hervor. Pat. zeigt deutliche Hallucinationen, bewertet die Erscheinungen um sich falsch, ist ängstlich und gereizt, und schließlich treten systematisch ausgebaute Größen- und sonstige Wahnideen auf. Diese Steigerung der anfänglichen Unlust zu der Geistesstörung erklärt sich so: Das Bewußtsein des Unvermögens sich verständlich auszudrücken und zu verstehen, erweckt im Pat. zunächst bei jeder Unterhaltung lebhaftes Unlustgefühl. Aus diesem Bewustsein heraus entwickeln sich Beeinträchtigungsideen, eine mißverständliche Auffassung seiner Umgebung, vermehrt durch die gestörte Kritikfähigkeit, schließlich vollkommene Wahnvorstellungen.

Je erregter ein Patient ist, je mehr er auf Reize irgendwelcher Art reagiert, um so schneller muß diese Entwicklung vor sich gehen.

So sehen wir im Falle B. die Wirkung zur plötzlichen, die Geistesstörung unterstützenden Entfaltung kommen, die mit dieser wieder schwindet. Dabei ist natürlich nicht ausgeschlossen, daß sich im Laufe der Zeit auch hier ein ähnliches Bild entwickeln kann.

Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die Überlassung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank.

Lebenslauf.

Am 26. 2. 1887 wurde ich, ev. Konfession, zu Neumünster geboren. Ich besuchte die Bürgerschule, das Progymnasium zu Neumünster und das Gymnasium zu Kiel, wo ich Ostern 1905 das Abgangsexamen bestand. Von Ostern 1905 bis Ostern 1910 studierte ich in Kiel Medizin. Das Staatsexamen bestand ich am 29. IV. 1910, das Rigorosum am 4. V. 1910.

Litteratur:

1) Die arteriosklerotischen nervösen Störungen und Geistesstörung. Siemerling.
Aus dem Lehrbuch der Greisenkrankheiten, von Dr. Schwalbe.
Stuttgart 1909. Ferdinand Enke.
2) Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Ärzte und Studierende. Oppenheim.
Vierte Auflage. Berlin 1905. S. Karger.
3) Lehrbuch der Nervenkrankheiten von Albert Eulenburg.
Zweite Auflage. Berlin 1878.
4) Beitrag zum Studium über den Zusammenhang von Aphasie und Geistesstörung: Albrecht.
Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.
Bd. 61, p. 836. 1904.
5) Lehrbuch der inneren Medizin v. J. v. Mering.
Vierte Auflage. Jena 1907. Gustav Fischer.